

1

Définition de la MRC

La MRC est définie comme des anomalies de la structure ou de la fonction rénale persistantes depuis plus de 3 mois, ayant des conséquences néfastes pour la santé. Cette définition inclut différents marqueurs d'atteinte rénale, pas uniquement la diminution du DFG et l'élévation du RAC, et la cause de la MRC doit être activement recherchée (Figure 1). La MRC est classée selon la Cause, le DFG et le RAC afin d'établir sa sévérité et d'orienter le type et le délai des interventions.

2

Distinguer l'IRA de la MRC

Il est important de distinguer l'insuffisance rénale aiguë (IRA) de la maladie rénale chronique (MRC) et d'établir la chronicité de l'atteinte rénale (Figure 2).

3

Prise en charge de la MRC tout au long de la vie

La MRC affecte les individus tout au long de la vie ; en tant que maladie chronique, sa prise en charge est influencée par les événements de vie (Figure 3). Adopter une approche personnalisée pour le diagnostic, l'évaluation des risques et la prise en charge en tenant compte de l'âge, du sexe et du genre. Aux âges extrêmes – très jeunes et très âgés –, les approches diagnostiques, les objectifs thérapeutiques, les modalités de traitement et les processus décisionnels varient selon des différences de pronostic, d'options thérapeutiques et de priorités.

4

Diagnostic de la MRC chez les adultes âgés

Les données épidémiologiques soutiennent le maintien du seuil de DFG à 60 ml/min/1.73 m² pour le diagnostic de la MRC chez les adultes âgés, même en l'absence d'une albuminurie significative, avec un risque relatif restant élevé et croissant d'événements indésirables en dessous de ce seuil (Figure 4).

5

Amélioration de la précision de l'évaluation du DFG

L'estimation du DFG à partir de la combinaison créatinine-cystatine C (DFGcr-cys) améliore la précision et renforce les relations avec les facteurs de risque. Le DFG doit être mesuré lorsque qu'une évaluation plus précise du DFG pourrait influencer les décisions thérapeutiques.

6

Précision et fiabilité

Comprendre la variabilité du DFG et de l'albuminurie ainsi que la performance et les limites de la méthodologie d'évaluation pour déterminer si une modification est réelle ou non. Implémenter les normes de laboratoire requises pour s'assurer de la précision et fiabilité des dosages.

7

Utiliser une équation validée pour estimer le DFG

Utiliser une équation validée pour estimer le DFG à partir de marqueurs sériques de filtration (DFGe) et utiliser la même équation dans les régions géographiques, en tenant compte du fait que ces équations peuvent différer entre adultes et enfants (Figure 2).

8

Tests au lit du patient (POC)

Les tests au chevet du patient (Point-of-care (POC)) pour la créatinine (sang et salive) et l'albuminurie sont disponibles et, s'ils bénéficient d'une garantie de qualité adéquate, sont suffisamment précis pour faciliter le demarche clinique lorsque l'accès au laboratoire est limité.

9

Utiliser des outils d'évaluation du risque validés

Utiliser des outils validés d'évaluation du risque pour faciliter la prise de décision et déterminer le moment approprié d'une prise en charge multidisciplinaire. Choisir l'outil approprié selon l'événement d'intérêt : traitement de l'insuffisance rénale, événements cardiaques ou mortalité.

10

Timing d'évaluation et de réévaluation

Un timing optimisé de suivi et de réévaluation, en utilisant des outils validés de prédiction du risque et une évaluation clinique associée à l'éducation du patient, permet de mieux choisir les objectifs thérapeutiques afin de soutenir les personnes vivant avec une MRC et leur familles. Cette approche fait partie d'une prise en charge longitudinale.

Figure 1

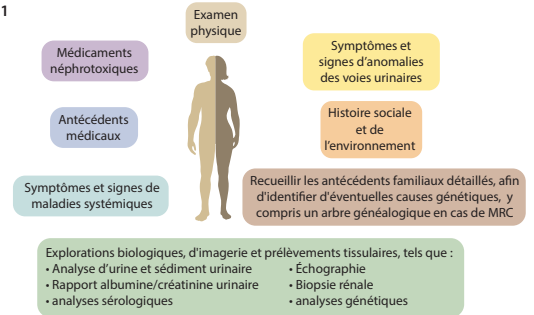


Figure 2

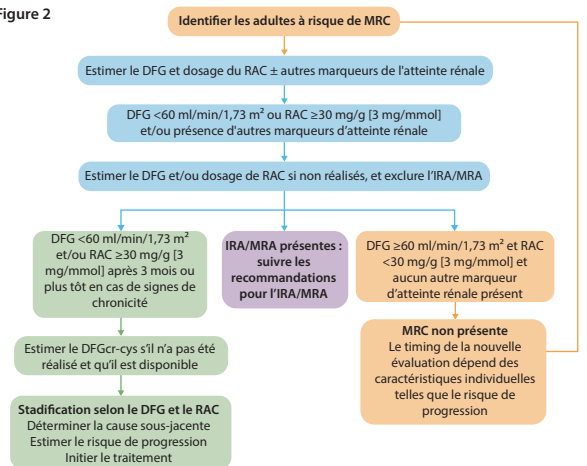


Figure 3

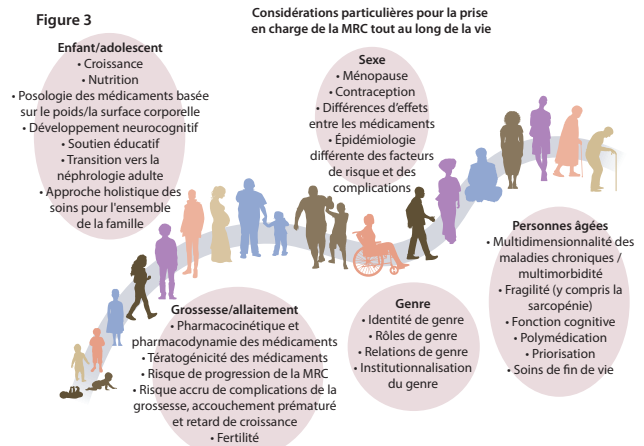


Figure 4

Âge > 65 ans	RAC, mg/g				RAC, mg/g			
	<10	10-29	30-299	300+	<10	10-29	30-299	300+
Mortalité toutes causes confondues								
105+	1.3	1.4	1.9	3.5	0.97	1.4	2.0	1.9
90-104	ref	1.2	1.4	2.0	ref	1.2	1.5	2.0
60-89	1.2	1.5	1.8	2.3	1.1	1.4	1.5	1.9
45-59	1.6	2.0	2.4	2.9	1.6	1.9	2.3	3.4
30-44	2.0	2.4	3.2	4.1	2.1	2.6	3.1	3.8
<30	3.4	4.1	5.1	6.5	4.9	3.0	5.1	5.0
Mortalité cardiovasculaire								
105+	1.1	1.5	2.0	12	1.2	1.3	1.5	3.3
90-104	ref	1.3	1.4	3.4	ref	1.3	1.5	2.8
60-89	1.2	1.7	2.2	3.1	1.1	1.4	1.8	2.5
45-59	1.7	2.4	3.0	4.3	1.5	1.7	2.0	2.3
30-44	2.4	3.1	4.5	5.8	1.5	2.0	2.1	2.3
<30	5.7	5.2	5.1	7.8	1.7	2.0	2.4	4.8
Traitement de suppléance rénale								
105+	2.0	1.0	2.1	10	0.99	1.5	1.7	7.0
90-104	ref	1.9	4.7	10	ref	1.3	1.5	2.2
60-89	1.4	1.2	6.2	19	1.2	1.5	2.0	3.2
45-59	3.7	7.9	16	42	1.6	2.0	2.9	4.1
30-44	14	14	46	137	2.3	2.9	3.5	6.1
<30	87	364	241	406	4.4	4.1	5.5	7.2
Insuffisance rénale aiguë								
105+	0.91	1.1	1.3	1.9	0.95	1.1	1.0	3.7
90-104	ref	1.3	1.4	3.9	ref	1.2	1.3	2.4
60-89	1.5	2.1	2.7	4.7	1.1	1.2	1.5	2.0
45-59	3.6	4.3	5.1	7.3	1.2	1.4	1.7	1.9
30-44	5.7	5.9	7.2	9.8	1.5	1.8	2.0	2.2
<30	10	11	11	22	1.8	1.8	2.2	3.2
Hospitalisation								
105+	1.0	1.1	1.2	2.2	1.1	2.3	2.9	4.9
90-104	ref	1.1	1.3	1.4	ref	1.3	2.0	4.9
60-89	1.1	1.2	1.3	1.4	1.2	1.5	2.0	3.2
45-59	1.2	1.2	1.4	1.6	2.0	2.8	3.1	3.1
30-44	1.5	1.4	1.6	2.0	3.5	2.8	3.8	5.9
<30	1.9	1.9	2.0	2.6	8.4	4.1	5.9	10

RAC, rapport albuminurie/créatininurie; MRA, maladie rénale aiguë; MRC, maladie rénale chronique; Cr, créatinine; Cys, cystatine C; DFGe, débit de filtration glomérulaire estimé